

PARIS VII

Année 1971

N°

70

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

R E V A H Yves

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 22 juillet 1944 à SAINT-PIERRE-DE-FURSAC (Creuse)

Présentée et soutenue publiquement le

19

A V O R T E M E N T T H E R A P E U T I Q U E

(A propos des observations réalisées dans un service parisien
ces vingt dernières années)

Président : M. Paul MORIN, Professeur

PARIS VII

Année 1971

N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

R E V A H Yves

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 22 juillet 1944 à SAINT-PIERRE-DE-FURSAC (Creuse)

Présentée et soutenue publiquement le

19

A V O R T E M E N T T H E R A P E U T I Q U E

(A propos des observations réalisées dans un service parisien
ces vingt dernières années)

Président : M. Paul MORIN, Professeur



A mes parents,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550415_0010

A ma femme,

A mon fils Bertrand,

avec toute mon affection

A Monsieur le Professeur Paul MORIN

Professeur de la Chaire de Physiologie et de Pathologie
Obstétricale de la Faculté de Paris.

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse et auquel nous
exprimons notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé Emile HERVET
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a accueilli dans son service et nous a
inspiré le sujet de cette thèse,

en remerciement pour le précieux enseignement
dont il nous a fait bénéficier.

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Docteur J. BARBIZET

Monsieur le Professeur A. GERMAIN

Monsieur le Docteur C. BLATRIX

Monsieur le Professeur Agrégé P. Y. HATT

Monsieur le Professeur Agrégé J. L. BEAUMONT

en hommage de respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

L'avortement thérapeutique est l'interruption provoquée de la grossesse, pratiquée dans un but thérapeutique, avant la date de viabilité foetale.

Jugé par les uns comme "le dernier geste véritablement empreint de barbarie" de l'obstétrique moderne il doit, pour eux, devenir d'indication exceptionnelle, voire disparaître complètement. D'autres, à l'inverse, jugent que ces indications, si elles ont été bien entendu modifiées par les progrès de la médecine, ne doivent pas disparaître et estiment que, bien au contraire, il pourra être proposé dans des cas non envisagés jusqu'à présent.

Ces positions diamétralement opposées ont toujours donné lieu à d'âpres discussions en France. Mais récemment, le 30 juin 1970, le dépôt sur le bureau de l'Assemblée Nationale d'un projet de loi tendant à modifier la loi de 1920 a fait rebondir la polémique, révélant à nouveau l'importance des problèmes soulevés par la question de l'avortement thérapeutique et l'on peut même dire, de l'avortement tout court.

En effet, l'avortement thérapeutique n'est pas uniquement une question de science et de technique médicale : des problèmes de loi, de morale, de religion et d'éthique médicale interviennent et influent notablement sur l'attitude du médecin face à cette question.

A propos des avortements thérapeutiques effectués ces vingt dernières années dans un service parisien de gynécologie et d'obstétrique nous allons étudier les différents facteurs intervenant dans la décision de pratiquer une interruption de grossesse dans un but thérapeutique.

Dans la première partie de ce travail nous étudierons les différents aspects de la question envisagés d'un côté théorique :

- Aspects religieux, car l'attitude de tous les croyants face à ce problème n'est pas uniforme ;
- Aspects légaux, car il existe des différences considérables dans la législation sur l'avortement selon les pays ;
- Aspects médicaux proprement dit; dans ce chapitre nous

étudierons tout d'abord les causes médicales théoriques d'interruption de grossesse puis ensuite les différentes solutions techniques proposées actuellement pour réaliser ces interruptions.

Dans la seconde partie nous aborderons l'étude des cas d'avortement thérapeutiques qui ont été pratiqués dans le service ces vingt dernières années. Pour chaque observation, nous ferons un bref résumé clinique montrant les motivations de l'intervention, la technique utilisée et, chaque fois que nous le pourrons, nous préciserons la contraception utilisée avant et après l'interruption de la grossesse. Au terme de cette étude une analyse statistique tentera d'en faire ressortir les principales remarques.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE I

POINT DE VUE RELIGIEUX :

Les religions ont, dans le passé surtout, toujours beaucoup influé sur le jugement des hommes face à certains problèmes. En matière d'avortement tout d'abord, puis plus tard d'avortement thérapeutique, cette influence a été particulièrement nette et l'on peut considérer que dans de très nombreux pays, la loi de l'Etat en cette matière reflète d'assez près l'attitude de la religion majoritaire du pays.

Il est donc intéressant d'étudier la position générale des différentes religions car celles-ci, et nous le verrons plus loin, si elles condamnent toutes l'avortement non thérapeutique n'ont, par ailleurs, pas du tout la même façon de juger l'avortement pratiqué dans un but thérapeutique.

I - Religion catholique :

Bien qu'au Moyen Age, se référant à la physiologie d'Aristote et d'Empedocle, Saint-Thomas et les canonistes aient fixé l'apparition de l'âme à 40 jours pour les garçons et 80 jours pour les filles, l'Eglise Romaine a toujours eut une position intrasigeante en ce qui concerne l'avortement : elle considère la suppression d'un fœtus comme un homicide, quelque soit la date de sa réalisation. L'avortement constitue donc un péché mortel et, même encore actuellement, l'avorteur encourt le risque théorique d'excommunication.

Cette position est d'autant plus ferme qu'actuellement l'Eglise, s'appuyant sur les conclusions de généticiens modernes, enseigne que l'Etre humain" existe en puissance" dès la fusion de l'ovule et du spermatozoïde.

Mais, si l'Eglise Romaine n'admet pas la distinction entre foetus animé et foetus non encore animé, elle reconnaît l'avortement conséquence indirecte, non recherchée, d'une intervention thérapeutique ou chirurgicale dont l'effet premier et directement voulu est la guérison ou l'ablation d'un organe malade. L'avortement "effet second" est donc le seul à n'être pas condamné par l'Eglise qui considère, comme le dit le R.P. RICHARD, qu'une vie innocente est intangible même si elle attend, indirectement à une autre vie (celle de la mère)".

II- Religion Islamique :

La position des musulmans vis-à-vis du problème de l'avortement est aussi rigide que celle des catholiques et toute interruption de grossesse est condamnée par l'Islam.

III - Religion protestante :

L'Eglise protestante, elle n'adopte pas l'attitude intransigeante de l'Eglise Romaine. Elle voudrait, pour sa part, "substituer une morale de responsabilité exigeante à une morale de respect de la vie devenue irresponsable".

En effet, elle laisse le médecin et l'intéressé juges de leurs actes estimant, ainsi que l'écrit le théologien protestant Karl Barth, "qu'il existe des situations où la suppression d'une vie en gestation n'est pas un meurtre mais est ordonnée. Devant Dieu, il y a des responsabilités à prendre cas par cas".

IV - Religion juive :

Dans la religion juive, l'avortement thérapeutique n'est non seulement pas interdit, mais parfois même il sera commandé.

En effet, le foetus est considéré comme étant une partie de la mère et il ne sera reconnu comme une vie humaine indépendante qu'après sa naissance; c'est ce qu'exprime Rashi, un commentateur du Talmud, lorsqu'il dit : " tout ce qui n'est pas avancé dans la lumière du monde n'est pas une vie humaine ".

D'autre part, pour les israélites la vie humaine est considérée à un si haut point que tout doit être fait pour la préserver. Ainsi, lorsque même de façon passive, le foetus menacera la vie de la mère, celle-ci

devra être défendue contre son agresseur et la légitime défense lui sera reconnue. Comme moyen de défense les interventions chirurgicales lui seront permises, car alors pratiquées dans un but thérapeutique (la religion interdisant toute mutilation pratiquée dans un autre but).

Outre les cas où la vie même de la mère est en danger, l'avortement thérapeutique pourra parfois être discuté. Dans ce cas ce sont les autorités rabbiniques qui décideront, après avoir été informées sur le plan médical. Dans leur décision interviendra un préjugé favorable pour la mère vis-à-vis du fœtus (car celui-ci n'est qu'une vie humaine potentielle dont on est pas sûr de l'évolution, le nombre des avortements spontanés n'étant pas nul).

Enfin, d'après le rabbin GUGENHEIM, professeur à l'école rabbinique de Paris, on peut, jusqu'à quarante jours de gestation, interrompre une grossesse si l'on craint une malformation du fœtus.

CHAPITRE II

LOIS ETRANGERES SUR L'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE :

L'attitude des différents pays devant le problème de l'avortement est, du fait de l'intervention de motifs médicaux, religieux et philosophiques extrêmement variable. De plus, à l'heure actuelle, de nombreux états changent de législation, ce qui rend plus difficile et plus aléatoire toute tentative de classification.

Néanmoins, il semble qu'actuellement nous puissions classer les différents pays en cinq groupes : depuis ceux où les lois permettent de pratiquer un avortement à la demande, jusqu'à ceux, où, à l'inverse, les indications légales d'avortement sont limitées aux cas très particuliers où la vie de la mère est mise en danger par la poursuite de la grossesse.

- 1er GROUPE :

Il comprend les pays où pratiquement l'avortement est légal.

Jusqu'à une période récente il s'agissait surtout de pays de l'EST, notamment U.R.S.S., Hongrie, Pologne. En effet, en U.R.S.S. depuis 1920 (avec une période plus restrictive de 1936 à 1955), en Hongrie et en Pologne depuis 1956, les autorisations sont accordées pour des raisons médicales, familiales ou personnelles. En Hongrie il faut que la femme enceinte s'adresse à une commission spéciale, en U.R.S.S. et en Pologne directement à l'hôpital ou à un dispensaire.

Recemment trois Etats américains (Alaska, Hawaï et New-York) ont libéralisé leurs lois relatives à l'avortement. Ainsi, depuis le 1er juillet 1970, dans l'Etat de New-York, un avortement peut-être pratiqué légalement sans aucune procédure spéciale, sans que la patiente ait une résidence déterminée, aux seules conditions que ce soit un médecin qui opère et que la grossesse soit inférieure à 24 semaines.

Il comprend des pays, tel que le Japon, la yougoslavie, la Tchécoslovaquie, la Bulgarie et la Roumanie (ces deux derniers depuis 1966 et 1967 alors qu'auparavant une simple demande suffisait) où des raisons sociales peuvent être retenues pour autoriser un avortement. Ces raisons peuvent-être, par exemple : âge avancé de la femme, famille de 3 enfants vivants et plus, invalidité ou décès du mari, dislocation de la famille, niveau de vie menacé, célibat, viol.

3ème GROUPE :

Dans ce groupe nous rangeons les pays qui admettent l'avortement pour des raisons socio-médicales : ce sont les pays scandinaves (Suède, Danemark, Norvège et Finlande), la Grande-Bretagne et ses anciens "Dominions" (Canada, Australie, Inde ...etc...).

En effet le 27 avril 1968 est entré en vigueur en Angleterre une loi sur l'avortement qui modifie l'ancienne loi de 1861, loi qui prévoyait la prison à vie pour la participation à un avortement quelle qu'en soit son indication).

Actuellement l'avortement n'est plus répréhensible si deux médecins sont convaincus :

- que la poursuite de la grossesse comprend un risque pour la vie ou pour la santé physique et mentale de la parturiente (ou de tout enfant existant de sa famille) supérieur à celui encourru si la grossesse est interrompue,
- ou qu'il y a un risque réel que l'enfant naisse porteur d'anomalies physiques ou mentales telles qu'il serait sérieusement handicapé,
- ou que l'environnement actuel ou raisonnablement prévisible risque avec la poursuite de la grossesse d'entraîner un préjudice pour la santé physique ou mentale de la parturiente (ou de tout enfant existant déjà) supérieur à celui encourru si la grossesse était interrompue.

Dans ces cas l'avortement pourra être pratiqué par un médecin dans un Centre de soins approuvé par le ministère de la Santé.

Il faut noter que dans cette loi une clause est prévue autorisant un médecin à refuser de pratiquer l'avortement si cela est contraire à sa conscience.

4ème GROUPE :

Nous y rangeons les pays où seules des raisons médicales peuvent être retenues pour autoriser un avortement. Ce sont, entre autres, la Suisse, la Syrie, le Honduras, la Grèce et une dizaine d'Etats américains dont le Colorado et la Californie.

Généralement sont envisagés, non seulement les risques d'atteinte de la santé physique de la mère, mais aussi ceux d'atteinte de sa santé mentale. La possibilité d'une atteinte foetale peut aussi intervenir dans la décision de pratiquer un avortement. Cette décision est la plupart du temps prise par trois médecins (dont un gynécologue et un spécialiste de l'affection en cause), parfois c'est un collège de médecins qui décide.

Ces indications, apparemment limitées, sont en fait beaucoup plus larges de par la prise en considération des motifs psychiatriques de demandes d'avortement : ainsi, dans de nombreuses statistiques, les avortements thérapeutiques pratiqués pour des motifs psychiatriques forment de 60 à 90% du total général des avortements thérapeutiques.

5ème GROUPE :

Enfin, le dernier groupe de pays formé par ceux qui n'autorisent l'avortement qu'à la condition que la vie même de la mère soit menacée par la poursuite de la grossesse. Telle est l'attitude des Etats américains qui n'ont pas, récemment adopté de nouvelle législation, du Chili, du Vénézuéla, de nombreux pays latins (catholiques) et de la France.

CHAPITRE III

LOI FRANCAISE :

La législation française en matière d'avortement est essentiellement répressive (Code Pénal Art. 317).

Considéré, par le passé, comme un crime, l'avortement était jugé en Cour d'Assise et entraînait parfois de gravissimes condamnations. Ainsi en 1943, à Paris, furent prononcées de nombreuses peines de réclusion à vie, de travaux forcés à perpétuité et même une peine capitale chez une femme : condamnation à mort qui fut suivie d'exécution. Depuis, l'avortement est considéré comme un délit et est jugé par les tribunaux correctionnels. Les peines encourues sont des amendes et des emprisonnements allant de 6 mois à 2 ans.

Cette loi très stricte admet néanmoins des dérogations très limitées (Article 161/1 du 11 mai 1955 du Code de la Santé). L'article 38 du Code de déontologie reprend in-extenso ce texte et même le complète :

" Il ne peut être procédé à un avortement thérapeutique que si cette intervention est le seul moyen de sauvegarder la vie de la mère.

" Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée exige soit une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts près le Tribunal Civil qui, après examen et discussion, attesteront par écrit que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'une intervention thérapeutique.

" Un exemplaire du protocole de la consultation sera remis à la malade, les deux autres conservés par les deux médecins consultants.

" En outre, un protocole de la décision prise n'indiquant pas le nom de la malade, doit être adressé sous pli recommandé au Président du Conseil Départemental au tableau duquel figurent ces médecins.

" En cas d'indication d'avortement thérapeutique, le médecin doit s'incliner devant le refus éventuel de la malade dûment informée. Cette règle ne peut supporter d'exception que dans les cas d'extrême urgence et lorsque la malade est hors d'état de donner son consentement.

" Si le médecin, en raison de ses convictions, estime qu'il lui est interdit de conseiller de pratiquer l'avortement, il peut se retirer en assurant la continuité des soins par un confrère qualifié".

De fait, actuellement, bon nombre d'avortements thérapeutiques pratiqués dans les formes légales, n'ont pas des indications strictement conforme à la loi et souvent et souvent sont pris en considération les risques maternels non mortels ainsi que d'éventuelles atteintes foetales, notamment par des affections dont la transmission est héréditaire. Dans ces cas, qui sont toujours des cas particuliers, les médecins prennent en toute conscience leur responsabilité et, pour l'intérêt de leur malade, enfreignent une loi qui de fait n'est plus appliquée. En effet, les poursuites judiciaires et les condamnations pour avortement sont devenues exceptionnelles, s'adressant toujours à des " avorteurs " travaillant sur une grande échelle, dans des conditions de sécurité précaires et dans un but purement lucratif.

Cet état de fait semble devoir, dans des délais plus ou moins brefs être légalisé par une réforme de la loi actuelle. Une des réformes possible s'exprime par la proposition qui remonte à l'Assemblée Nationale le 29 juin 1970 par le Dr. PEYRET qui dit notamment :

"L'interruption de la grossesse peut-être effectuée dans les conditions ci-après :

-"Lorsque du fait de la grossesse la vie de la mère est menacée dans l'immédiat ou par des complications lointaines.

-"Lorsqu'il existe l'existence d'une embryopathie incurable devant aboutir à la naissance d'un enfant atteint d'anomalies très graves corporelles ou mentales.

- "Si la grossesse est la conséquence d'un acte criminel ou de violence.

Enfin, nous ne pouvons terminer cette partie de notre exposé sans aborder le problème, capital en matière d'avortement, de morale médicale.

En effet, outre les impératifs religieux et légaux, le médecin doit se conformer aux principes de l'éthique médicale. C'est ce que rappelait récemment le Conseil National de l'Ordre en disant :

" que le respect de la vie humaine constitue un dogme fondamental de l'action du médecin et que la vie embryonnaire et la vie foetale ne peuvent qu'être artificiellement séparés de la vie humaine... "

CHAPITRE IV

TECHNIQUE DES AVORTEMENTS THERAPEUTIQUES :

L'avortement thérapeutique peut, d'une manière générale, être réalisé soit par la voie haute, soit par voie basse. La première voie est de moins en moins utilisée, notamment dans les pays où le grand nombre d'avortement légaux a fait préférer des méthodes nécessitant une hospitalisation la plus brève possible.

Nous envisagerons successivement les différentes méthodes pouvant être utilisées, en tentant à chaque fois d'en préciser les indications, les principaux avantages et les inconvénients.

I - VOIE HAUTE:

Les indications de cette voie sont actuellement rares, se limitant aux grossesses très avancées, aux cas où, pour une raison particulière, on veut extraire l'oeuf entier et intact, et aux cas où la laparotomie est imposée par une autre cause.

L'évacuation de l'utérus se fait selon la technique de la césarienne corporéale. Différents artifices ont été décrits qui utilisent des ocytociques et facilitent l'expulsion de l'oeuf au travers de l'incision.

Cette méthode, véritable intervention chirurgicale, outre les risques habituels de l'ouverture de la cavité péritonéale aura l'inconvénient de laisser sur l'utérus une cicatrice indélébile.

II - VOIE BASSE :

L'évacuation de l'utérus par cette voie pourra être réalisée soit par des manœuvres instrumentales, soit par des procédés non chirurgicaux qui déclenchent des contractions utérines entraînant ainsi secondairement l'expulsion de l'oeuf.

a) Césarienne vaginale :

Peu utilisée, elle est indiquée pour des grossesses de 4 à 6

mois. Différentes techniques ont été décrites, avec ou sans section du col utérin, mais toujours ce sont des interventions importantes comprenant de plus un risque de lésion vésicale.

b) Dilatation suivie de curetage :

C'est la méthode classique qui, jusqu'à une période récente, était la plus couramment utilisée, car la plus simple et la moins traumatisante.

La dilatation du col est obtenue soit par la pose de laminaires, soit par l'utilisation douce et lente de bougies de Hégar de calibre progressivement croissant, soit par vibrations (cette technique récente serait moins traumatisante que les bougies et serait source de moins d'infection que les laminaires). Dans les grossesses plus avancées la dilatation peut-être obtenue au moyen de ballons de Boissard.

L'évacuation proprement dite sera si possible effectuée par curage digital, sinon par un curetage instrumental le moins appuyé possible.

Les complications de cette méthode, qui nécessite une anesthésie générale, sont d'ordre traumatique (perforations utérines, lésions du col, séquelles sur la muqueuse), d'ordre hémorragique et infectieux.

c) Dilatation suivie de vacuum aspiration :

Technique de plus en plus utilisée l'aspiration présente par rapport au curetage des avantages certains.

La méthode consiste à aspirer le contenu utérin au moyen d'une canule reliée à une source de vide, ceci après la dilatation préalable du col.

Utilisable sur des grossesses inférieures à 20 semaines cette technique, pour presque tous les auteurs qui ont fait des études comparatives, présente de multiples avantages sur la précédente :

- l'anesthésie générale n'est pas toujours nécessaire et souvent une bonne prémédication suffit ;
- la dilatation cervicale nécessaire est moins importante (1 mm par semaines de grossesse avec un maximum de 12mm);
- la durée de l'intervention est raccourcie;
- l'hémorragie est moins abondante;

- le risque de perforation utérine est pratiquement nul;
- les risques infectieux secondaires sont diminués;
- le passage de produits ovulaires dans la circulation maternelle seraient diminué (d'où son intérêt pour éviter une immunisation Rh.)

La complication principale en serait l'évacuation incomplète de l'utérus (0,5% à 3,2% des cas selon les auteurs). Il s'agit donc d'une méthode peu traumatisante, rapide (pouvant réduire le temps de séjour en milieu hospitalier à un minimum) et dont au total les complications sont considérablement moins fréquentes qu'avec le curetage (23,8% contre 45,6% pour RAINER).

d) Pâte Utus :

Technique ancienne, réemployée actuellement par des auteurs britanniques, la méthode consiste à injecter dans l'utérus au moyen d'une canule, et sans qu'une dilatation préalable du col ne soit nécessaire, 15 à 25ml d'une pâte composée de savon auquel est mêlé de l'iode, de l'iodure de potassium, du thymol et des astrigents.

Ce procédé, utilisable sur des grossesses de 9 à 20 semaines, serait plus efficace lorsqu'il est fait sans anesthésie générale, après une simple prémédication, l'évacuation de l'utérus se faisant alors en moins de 48 heures.

Les complications de cette technique sont l'évacuation incomplète nécessitant un curetage secondaire (30% des cas), l'infection (17% des cas) et l'hémorragie (2,5%).

e) Injection extra ovulaire de Rivanol :

Utilisée au Japon, cette technique consiste en l'injection au au moyen d'un cathéter en caoutchouc monté entre l'utérus et les membranes, d'une solution de rivanol à 0,1%.

Employé sur des grossesses allant jusqu'à 26 semaines cette technique entraîne l'avortement en moins de 48 heures.

Ses complications sont comparables à celles de la méthode précédente.

f) Injection intra-amniotique de solutions hypertoniques :

La technique consiste, après amnioscenthèse (transabdominale le plus souvent, parfois transvaginale), à aspirer 100 à 200 cc de

de liquide amniotique et de réinjecter ensuite, de façon très lente, le même volume d'une solution saline hypertonique (à 10 ou à 24 % selon les auteurs). On peut faire suivre cette opération d'une administration d'ocytociques. On a aussi utilisé des solutions hypertoniques de glucose, de substances radio-opaques et de formaldéhyde.

Ceci déclenche un travail qui, dans un délai de 20 à 48 heures, entraînera l'expulsion de l'oeuf.

Cette technique relativement simple, non traumatisante pour le col, utilisable sur des grossesses supérieures à 14 semaines, risque d'entraîner un certain nombre de complications : évacuation incomplète de l'utérus, infection (que certains tentent d'éviter en mêlant des antibiotiques à la solution injectée) et surtout risque d'injection intra-vasculaire pouvant entraîner des lésions graves du cerveau et des reins et même être la cause de décès.

g - Produits ocytociques :

Cette technique peu courante, utilise des perfusions de post-hypophyse ou des pulvérisations nasales de syntocinon dans le but d'induire un travail.

Les échecs seraient fréquents, se compliquant parfois d'infection

h) Prostaglandines :

Les prostaglandines découvertes par Von Euler en 1936 dans le liquide séminal ont, par leur action sur les muscles lisses, la propriété de déclencher des contractions utérines qui secondairement entraîneront l'expulsion de l'oeuf.

Actuellement ont été expérimentées dans un but abortif les prostaglandines F2 α , EI et EII administrées de deux façons différentes :

- soit en perfusion intra-veineuse lente ce qui, d'après une petite statistique (38 cas) faite sur des grossesses des moins de 28 semaines permettrait d'obtenir un avortement en moins de 30 heures dans 85 % des cas;
- soit instillé localement au moyen d'un fin cathéter monté entre les membranes de l'oeuf et la paroi utérine ce qui, d'après une autre statistique, permettrait de réaliser dans 94 % des cas un avortement en 19 heures en moyenne et ceci avec une dose totale de produit nettement moins importante. On éliminerait ainsi les effets secondaires de la précédente voie

et qui sont les seules complications de la méthode : diarrhée et vomissements bénins qui tous deux cèdent avec un traitement symptomatique.

Bien que les statistiques ne soient pas encore assez importantes cette technique semble intéressante car non seulement elle est peu traumatisante, peu séptique et sans effets généraux importants mais de plus, elle peut être utilisée quel que soit l'âge de la grossesse : elle est en aussi efficace sur des grossesses débutantes que sur des grossesses à terme.

i) Sérum anti-hormone lutéinique :

Encore au stade d'expérimentation chez l'animal (rates et lapins) cette méthode consiste en l'injection de sérum anti-hormone lutéinique de brebis sur des grossesses jeunes. L'avortement serait alors secondaire à une régression du corps jaune gestatif.

j) Sérum anti-placentaire :

Cette autre méthode immunologique est également en cours d'expérimentation chez l'animal. Elle consiste à immuniser des lapins par des broyats placentaires de rat. L'immunosérum administré ensuite à des rates gravides entraîne constamment la réalisation d'un avortement.

Actuellement cette expérimentation chez l'animal, se heurte à des problèmes de réactions immunologiques croisées entre le rein et le placenta. Un sérum purifié, à action néphrotoxique très diminué a été réalisé il y a peu de temps et il n'est peut-être pas utopique d'envisager dans l'avenir des techniques médicales d'avortement de ce type.

Avant de clore ce chapitre, il nous semble nécessaire d'évoquer le problème technique de la stérilisation tubulaire. En effet, en France tout du moins, l'affection cause de l'indication de l'avortement thérapeutique persistera dans la majorité des cas après sa réalisation et toute nouvelle grossesse sera toujours aussi dangereuse pour la mère. Or, en dehors de la continence absolue, la meilleure méthode de contraception est la stérilisation tubulaire. On sera donc souvent amené à la pratiquer.

- Lorsqu'on a recourt à la voie haute pour l'interruption on profitera de cette voie d'abord pour réaliser soit une ligature simple, soit une ligature suivie de résection avec ou sans enfouissement du moignon distal.
- Lorsque l'avortement était fait par voie basse, par le passé, on réali-

sait ensuite une petite boutonnière abdominale qui permettait la ligature. Actuellement, il est possible de réaliser cette stérilisation par voie coelioscopique soit par une coagulation simple, soit par coagulation suivie de section des deux trompes, en utilisant simplement le matériel à biopsie de l'ovaire.

CHAPITRE V

INDICATIONS THEORIQUES D'AVORTEMENTS THERAPEUTIQUES :

Dans ce chapitre, nous envisagerons les différents groupes de maladies à propos desquelles on est le plus souvent amené à discuter d'un avortement thérapeutique. Bien entendu, cette liste sera incomplète car, le plus souvent, les rares fois où l'on discutera d'un avortement thérapeutique, on sera en présence d'un état pathologique complexe et rare associant plusieurs affections.

Il faut noter aussi que certaines indications autrefois classiques, telle la tuberculose pulmonaire, les vomissements gravidiques et certaines affections cardiaques ont totalement disparues du fait des progrès de la thérapeutique. Si certaines des interruptions de grossesse que nous rapporterons dans un chapitre ultérieur ont été pratiquées pour ces affections c'est que notre étude porte sur des cas survenus depuis 1951 et que, depuis vingt ans, les progrès dans certains domaines ont été considérables.

1 - Affections vasculo-rénales:

En néphrologie malheureusement, et contrairement à d'autres disciplines, les progrès thérapeutiques n'ont pas complètement transformés le pronostic de certaines affections rénales et, lorsque le cortex du rein est atteint et en partie détruit du point de vue fonctionnel, la thérapeutique actuelle est encore assez souvent décevante.

Ainsi l'insuffisance rénale reste, actuellement, la principale cause de demande d'interruption de grossesse; qu'elle soit secondaire à une glomérulo-néphrite chronique, à une pyélonéphrite, à une néphrose lipodique, à une anomalie rénale congénitale ou à une affection rare telle le lupus érythémateux disséminé.

L'interruption de grossesse sera dans ce cas le plus souvent

d'indication formelle car en son absence, dès le début de la grossesse on notera une aggravation de la maladie (que l'on pourra suivre sur l'évolution de la tension artérielle, sur l'aggravation des lésions oculaires et des bilans biologiques rénaux) qui finalement aboutira à des accidents toxémiques précoces et très graves.

Cette décision d'interruption de grossesse sera prise avec d'autant moins de regret que le pronostic foetal est lui-même très mauvais : ainsi le professeur MILLIEZ rapporte des statistiques avec 68% de mortalité foetale en cas de glomérulo-néphrite avec hypertension et de 50% des cas dans les hypertensions avec déficit de la fonction rénale.

II - Affections cardio-vasculaires:

Autrefois principales causes d'avortement thérapeutique, ces affections sont de plus en plus compatibles avec la poursuite d'une grossesse à terme. En effet, par l'apparition de nouvelles drogues et de techniques chirurgicales modernes qui, du fait des progrès en anesthésiologie et en réanimation, sont envisageables en cours de grossesse, le pronostic fonctionnel de la plupart des cardiopathies a été transformé.

Néanmoins la grossesse reste toujours dangereuse chez les cardiaques et ceci est aisément expliqué par le retentissement physiologique de la grossesse sur le système cardio-vasculaire : augmentation de la volémie de près de 40%, augmentation de la pression veineuse, augmentation du débit cardiaque (qui croît d'environ 40%), effort musculaire intense fournit au cours du travail. Enfin, le risque thromboembolique déjà importante chez les cardiaques sera beaucoup plus grand dans le post-partum.

Si, dans les cardiopathies rhumatismales, le rétrécissement mitral n'exige qu'exceptionnellement une interruption de grossesse cas la commissurotomie est toujours envisageable, d'autres affections (maladie mitrale, rétrécissement aortique) demandent plus souvent cette interruption en cas de décompensation car la chirurgie cardiaque avec circulation extra-corporelle n'est pas encore de pratique courante chez la femme enceinte. De même certaines cardiopathies congénitales.

(coartation de l'aorte, tétralogie de Fallot, etc...) de par le progrès de la thérapeutique qui leur permet d'atteindre l'âge adulte, sont maintenant plus souvent associées à une grossesse. Celle-ci ne sera pas toujours bien tolérée tant par la mère que par le fœtus dont l'oxygénation sera appauvrie et l'avortement pourra être rendu nécessaire.

Dans tous les cas la décision ne sera pas aisée à prendre. En effet, on n'interrompt pas systématiquement les grossesses survenant chez des cardiaques et on n'intervient que forcé lorsqu'apparaissent des signes de décompensation non réversibles par la thérapeutique. Mais alors on n'interviendra chez une femme en état d'insuffisance cardiaque et cette opération n'est alors généralement pas anodine étant donné le terme avancé de la grossesse (alors qu'à l'inverse un avortement sur une grossesse jeune aurait été une intervention minime) : là est toute la difficulté de l'indication d'avortement thérapeutique chez une cardiaque.

III - Affections pleuro-pulmonaires :

Au cours de la grossesse le débit respiratoire augmente de 50% et la consommation d'oxygène de 17%. En outre, le jeu diaphragmatique est diminué au cours des dernières semaines; enfin le travail et l'expulsion entraînent une augmentation considérable de la consommation d'oxygène.

Tous ces faits expliquent le danger que peut représenter une grossesse chez une femme porteuse d'importantes lésions pleuro-pulmonaires (thoracoplastie, exérèses étendues, etc...) et l'avortement thérapeutique sera alors la seule solution pour éviter le grand déficit respiratoire et répercussion au niveau du cœur droit.

Ce sont les seules indications pleuro-pulmonaires d'avortement thérapeutique qui persistent car, depuis l'instauration de la chimio-thérapie, on n'interrompt pratiquement plus jamais de grossesses pour tuberculose pulmonaire en évolution.

IV - Affections malignes :

a) Cancer de l'utérus

Ce sont surtout les cancers du col qui posent des problèmes étant donné l'association non exceptionnelle cancer du col et grossesse

association dont la fréquence est encore augmentée par la pratique de frottis systématiques qui en permet le diagnostic.

En cas de cancer invasif, presque tous les auteurs sont d'accord pour refuser la voie basse lors de l'accouchement et également pour interdire toute radiothérapie chez la femme enceinte. Le problème se pose alors différemment selon le terme de la grossesse et l'attitude la plus répandue pour un cancer découvert en début de grossesse est de pratiquer un avortement thérapeutique afin de pouvoir ensuite débiter un traitement conventionnel.

b) Cancer du sein

Cela n'est pratiquement plus une cause d'avortement thérapeutique, car les différents auteurs sont loin d'être d'accord sur l'influence nocive de la gestation sur l'évolutivité de la tumeur. Le problème se pose surtout en cas de radiothérapie car malgré toutes les précautions le fœtus risque toujours d'être irradié.

c) Hémopathies malignes

Dans ces cas également la preuve n'a pas été faite de l'influence de la grossesse sur l'évolutivité des affections. Mais, néanmoins, de nombreux avortements thérapeutiques sont pratiqués pour ces étiologies afin de permettre rapidement l'emploi de radiothérapie et de chimiothérapie antimitotiques dont l'action tératogène semble considérable.

d) Autres cancers

De même, dans ces cas, si l'on pratique des interruptions de grossesse pour tumeurs malignes c'est pratiquement toujours pour pouvoir être ensuite libre d'utiliser une chimio et une radiothérapie anticarcinomateuse et non en raison de l'influence problématique de la grossesse sur la tumeur elle-même.

V - Affections neuro-psychiatriques :

Dans certains syndromes neurologiques dont la pathogénie et l'évolution sont encore mystérieuses (telle la sclérose en plaques) on sera parfois amené à pratiquer un avortement thérapeutique car il semble y avoir un risque de poussée évolutive lors de la grossesse.

Dans les syndromes neurologiques avec paralysie (poliomylé-
lite, paraplégie, etc...) les indications d'interruption de grossesse
seront le plus souvent posées afin de ne pas perdre, du fait de la gros-
sesse, tous les bénéfices d'une longue et laborieuse rééducation .

Dans le domaine psychiatrique les indications formelles sont
rares car jamais on ne pourra affirmer que tel état sera aggravé par
une grossesse alors que paradoxalement il sera parfois aggravé par la
réalisation d'un avortement. Le seul risque " mortel " est celui de
suicide; il sera alors très difficile de faire la part du chantage d'une
malade ne désirant pas sa grossesse et du désir véritable d'autodestruc-
tion.

VI - Autres affections :

Dans ce paragraphe nous aborderons essentiellement des
affections qui, en prenant la loi à la lettre, n'autorisent pas un avor-
tement thérapeutique car la vie même de la mère n'est pas menacée.

Ainsi en cas d'atteinte sensorielle comme lors des rétinopathies
gravidiques où la vision est menacée, ou bien dans l'otospongiose dont
l'aggravation au cours de la grossesse est fréquente, l'avortement thé-
rapeutique n'est pas, actuellement, légalement autorisé.

Une cause encore plus controversée de demande d'avortement
thérapeutique est l'éventualité d'une embryopathie. Dans ces cas la
mère ne court de risques ni pour sa vie ni même pour sa santé physique :
la seule atteinte qui la menacerait serait d'ordre psychiatrique.

On discutera néanmoins l'interruption :

- lors de certaines affections héréditairement transmissibles;
- lors de certaines maladies infectieuses, virales notamment telle la
rubéole, qui surviennent en début de grossesse et risquent alors de
laisser des séquelles plus ou moins importantes chez le fœtus;
- après exposition à des radiations ionisantes, que celles-ci ait été
accidentelle ou thérapeutique lors du traitement notamment de cer-
taines tumeurs malignes par radiothérapie;
- après prise de certaines drogues dont l'action tératogène est connue,
telle la plupart des drogues à action anti - mitotique.

Dans tous ces cas le problème est encore compliqué par le fait que l'atteinte foetale n'est jamais certaine. En effet il est souvent fait mention actuellement de la possibilité de détecter, in-utéro, une éventuelle atteinte foetale mais, dans l'état actuel des techniques, ceci n'est pas pratiquement réalisable: l'amniocentèse nécessaire afin de prélever les cellules foetales n'est pas dénuée de danger sur une grossesse jeune; les laboratoires capables de cultiver et d'étudier les cellules ainsi rapportées sont très rares; les résultats ne sont obtenus qu'après des délais de plusieurs mois ce qui repoussera l'éventuel interruption de grossesse au second trimestre, en augmentant encore tous les problèmes; enfin seules les anomalies chromosomiques sont décelables par cette méthode et bon nombre d'embryopathies surviennent sans anomalies chromosomiques visibles.

II è m e P A R T I E

Nous allons à présent rapporter, brièvement résumées, les observations d'interruption thérapeutique de grossesse recueillies ces vingt dernières années à la maternité Pinard (de 1951 à 1961), puis à la maternité de l'Hôpital Tenon (de 1962 à 1971).

Dans un second chapitre nous analyserons ces observations et nous tenterons d'en tirer quelques conclusions .

CHAPITRE I

NOS OBSERVATIONS

I - Syndromes vasculo-reinaux :

Observation n°1

Mme R... 24ans, constitue en 1947, à la suite d'un phlegmon péri-néphrétique, une hypertension à 15 - 16. Deux grossesses évoluent ensuite sans incidents notables mis à part une hypertension à 19.

En 1952, une troisième grossesse déclenche à 8 mois une crise d'éclampsie au cours de laquelle on sera amené à pratiquer une césarienne.

En 1954, sa quatrième grossesse dès la 7ème semaine déclenche une hypertension à 22/14 qui se complique de céphalées et de troubles oculaires. On décide donc de l'interrompre à 3 mois. On pratique une hystéromyomie par voie haute; au cours de l'intervention on pratique une ligature des trompes.

Observation n°2

Mme M. 34ans est porteuse depuis 1951 d'une hypertension à 24/-. Au cours de sa quatrième grossesse, alors que la tension est à 18/12 apparaissent un déficit rénal et des lésions vasculaires cérébrales objectivées par des altérations du fond d'oeil. On l'interrompt cette grossesse à 5 mois par pose de laminaires suivie d'une utilisation de ballons de Boissard.

Observation n°3

Mme F. 18ans est porteuse d'une néphrite chronique qui au cours de sa première grossesse déclenche une crise d'éclampsie. On est obligé d'interrompre la grossesse à 5 mois par une césarienne qui ramène un fœtus vivant de 550g.

Observation n°4

On a découvert chez Mme L. 35ans, au cours de sa seconde grossesse, une albuminurie croissante (0,20 à 1 g.) accompagnée d'aucun autre signe. En 1954, alors qu'une troisième grossesse s'était déroulée normalement exception faite de l'albuminurie, sa quatrième grossesse, outre l'albuminurie massive à 10 g, d'une hypertension à 27/10 puis de crise d'éclampsie à 6 mois 1/2. L'accouchement à 7 mois donne naissance à un enfant chez lequel, deux ans après, existe une albuminurie et un retard psychomoteur. A cette époque débute la cinquième grossesse, alors que la malade a une tension à 23 de maxima. On décide de l'interrompre à 1 mois et 1/2 : on procède à une hystérotomie faite par voie haute que l'on complète par une ligature des trompes.

Observation n°5

Mme D. 23ans a, de sa naissance jusqu'à l'âge de 7ans eut des hématuries qui ont ensuite disparues. Lors du premier examen prénatal au cours de sa première grossesse on découvre une albuminurie à 5 g/l. Malgré le traitement l'albuminurie persiste s'accompagnant bientôt d'une hypertension à 16 avec céphalées et nausées. On décide d'interrompre cette grossesse à 18 semaines par hystérotomie.

Observation n°6

Mme M. 35ans a eut, lors de sa première grossesse qui s'est normalement déroulée, une hypertension à 18. En 1958 une seconde grossesse s'interrompt spontanément à 6 mois 1/2; en 1961 après une grossesse compliquée d'œdème et d'albuminurie, elle accouche prématurément à 7 mois 1/2. Au cours de l'accouchement survient une hémorragie de la délivrance qui nécessitera une trans-

fusion en raison de l'état de choc; une anurie de 12 jours surviendra alors qui demandera une épuration extra-renale. Le bilan secondaire, qui comprend une biopsie renale, révélera l'existence d'une nécrose corticale parcellaire avec insuffisance rénale.

Une nouvelle grossesse survient en 1962, compliquée dès son début d'une infection urinaire à staphylocoque; on l'interrompt à 10 semaines par hystérotomie et l'on complète l'intervention par une ligature des trompes.

Observation n° 7

Mme P. 32 ans a eut quatre grossesses absolument normales. En 1961 découverte d'une hypertension à 20 au cours d'un bilan pour une asthénie et de céphalées; l'urographie intraveineuse montre alors l'existence de quatre reins et de quatre uretères fonctionnels.

En juillet 1963 débute une cinquième grossesse, bien tolérée les trois premiers mois mis à part une hypertension à 20 et des céphalées. Au début du 3ème mois apparaît une crise convulsive, d'abord localisée à l'hémicorps droit puis généralisée s'accompagnant d'une perte d'urine et d'une morsure de la langue; la tension est à 30 de maxima. Un bilan rénal fait après la crise est normal mais un fond d'oeil montre des lésions stade III.

On décide alors d'interrompre la grossesse car cette hypertension réagit très peu au traitement médical et semble être aggravée par la grossesse; on pratique donc une hystérotomie à 17 semaines et l'on complète l'intervention par une ligature des trompes.

Il faut remarquer que de 1956 à 1963 la stérilité a été volontaire (contraception faite par des méthodes non médicales) et que la cinquième grossesse est due à un échec de cette méthode.

Observation n° 8

Mme C. 21 ans a depuis 1962 une protéinurie à 1 - 2g/l. Au cours du bilan de celle-ci une urographie révèle un reflux vésico-urétéral bilatéral par malformation et un culot montre l'existence d'une infection urinaire à colibacilles. En 1965 on pratique une intervention chirurgicale anti-reflux mais malgré celle-ci, en 1967 il

existe à nouveau un reflux bilatéral avec infection chronique à colibacilles et surtout une grande insuffisance renale par néphrite intersti-tielle.

Un traitement par Ovario-stat est institué en Mai 1967 mais il doit être interrompu en Octobre du fait de manifestations allergiques (oedème de Quincke). Une grossesse débute alors que l'on interrompt à 10 semaines par curetage après dilatation par des laminaires. La contraception est ensuite assurée par la mise en place d'un stérilet.

Observation n°9

Mme D., 45ans mère de cinq enfants a fait de nombreuses fausses couches provoquées au moyen de queue de persil. Au cours d'un de ces avortement, en 1958, survient une insuffisance renale aiguë qui nécessitera trois épurations; ensuite s'installe progressivement une hypertension dont la maxima atteindra 30cm/Hg que l'on traite médicalement.

En 1968 survient une nouvelle grossesse qui rapidement se complique de l'hypertension à 27/14 puis 32/17 avec un fond d'oeil au stade IV et un retentissement cardiaque (douleurs angineuses et hypertrophie du ventricule gauche). On décide d'interrompre la grossesse à 14 semaines : dilatation à la bougie, puis vacuum aspiration.

Une ligature des trompes est envisagée dans un second temps/.

Observation n°10

Mme T., 31ans quatrième geste, seconde paré a fait en 1968 après une fausse couche provoquée une septicémie à *perfringens* qui s'est compliquée d'anurie et qui a laissé comme séquelles une insuffisance renale importante. Afin d'éviter une nouvelle grossesse une contraception par diaphragme et oestro-progestatif est prescrite mais ne sera pas suivie ce qui, en décembre 1968, permettra le début d'une nouvelle grossesse.

On l'interrompt à 10 semaines; après dilatation à la bougie on tente sans succès une vacuum-aspiration; on fait alors un curetage qui ramène peu de débris et fait craindre une perforation utérine. Trois

semaines plus tard un foetus de deux mois est spontanément évacué et une révision digitale évacuera le placenta et infirmera le diagnostic de perforation utérine.

Un traitement par Ovariostat est prescrit alors dans un but contraceptif (une stérilisation définitive est rejetée car une transplantation renale est envisagée qui permettrait, entre autre, d'envisager une grossesse).

Observation n°11

On a découvert chez Mme D. 27ans, lors de sa première grossesse en 1964 un syndrome néphrotique. Traité par cortansyl et purinethol ce syndrome néphrotique reste permanent tant du point de vue clinique que biologique avec une insuffisance renale modérée stable et sans syndrome vasculaire net.

En 1970 alors qu'aucune contraception médicale efficace n'avait été prescrite débute une grossesse. Celle-ci est interrompue à 11 semaines pour éviter le risque d'aggravation de l'état maternel et également du fait d'un risque d'atteinte foetale (traitement par purinéthol); on procède par vacuum-aspiration.

Ensuite on prescrit des oestro-progestatifs mais ceux-ci étant mal supportés on posera secondairement un stérilet.

Observation n°12

Chez Mme M. 38ans, onzième pare, on a découvert début 1970 par l'urographie intra-veineuse une tuberculose renale (" historique". On a alors institué un traitement associant Rimifon, Trecator et streptomycine. Aucune contraception n'ayant été prescrite cette nouvelle grossesse débute en Juillet 1970. On décide l'interrompre à 11 semaines car l'évolutivité de la tuberculose serait plus grande au cours de la grossesse, car la surveillance du traitement par l'urographie est impossible et enfin parce qu'il y a un risque de malformation foetale du fait de l'utilisation du Rimifon.

On procède par vacuum-aspiration. La contraception sera ensuite assurée par la pose d'un stérilet.

Observation n° 13

Mme L. 24ans, après deux grossesses normales a pris un oestro-progestatif de 1967 à 1969. En Juin 1970 apparait une hypertension sévère dont l'étiologie reste inconnue malgré un bilan très complet. Une surrénalectomie bilatérale quasi totale est pratiquée en Juillet qui n'amène aucune modification tensionnelle.

Entre temps, aucune nouvelle contraception n'ayant été prescrite, une grossesse débute en Octobre 1970, alors que la maxima tensionnelle est toujours à 21.

Cette grossesse est évacuée à six semaines par dilatation aux bougies suivie de curetage; l'examen anatomo-pathologique des prélèvements nous révélera que cette grossesse s'était déjà spontanément interrompue.

Un stérilet est ensuite proposé.

Observation n° 14

Mme M. 28ans, après une grossesse normale fait, en Juillet 1970, à la suite d'une fausse couche provoquée une septicémie à perfringens qui entrainera une anurie et nécessitera une dialyse de 20 jours avec exsanguino-transfusion. Après cet épisode une insuffisance rénale importante persiste.

En Octobre survient une fausse couche spontanée qui nécessitera un curetage (et une transfusion). Une méthode contraceptive est alors indiquée mais elle n'est pas suivie sur l'avis défavorable du médecin traitant : une nouvelle grossesse débute alors.

Cette grossesse est interrompue à 9 semaines par curetage après dilatation aux bougies. Au cours de l'intervention on réalise, par voie coelioscopique, une stérilisation tubaire par électro-coagulation.

II - Affections cardio-vasculaires

Observation n°15

Mme M. 31ans est porteuse d'un rétrécissement mitral serré avec retentissement grave sur la petite circulation qui, notamment au cours de sa première grossesse, c'est compliqué d'hémoptysies. En 1948 une seconde grossesse, très mal tolérée, s'interrompt à 3 mois.

Au cours de sa troisième grossesse en 1951 apparaît un oedème subaigu du poumon avec douleurs précordiales. Sur demande des cardiologues la grossesse est interrompue à 3 mois par une césarienne vaginale; une ligature ressection des trompes est pratiquée cinq jours plus tard.

Observation n°16

Mme C. 33ans, sixième geste est porteuse d'un rétrécissement mitral qui au cours des grossesses précédentes (très rapprochées : 1945 - 1946 - 1948 - 1950) a entraîné des épisodes dyspnéiques et hémoptysiques.

En 1951 la sixième grossesse se complique dès son début par des crises d'oedème aigu du poumon, et, sur la demande des cardiologues, on l'interrompt à trois mois par dilatation du col aux bougies puis pose d'un ballon de Boissard.

Observation n°17

Mme M. 23ans, primigeste, est porteuse d'une cardiopathie congénitale qui se décompense au cours de cette première grossesse que l'on interrompt à trois mois sous anesthésie générale à l'éther (après tentative d'anesthésie locale abandonnée du fait de l'agitation de la malade) : hystérotomie accompagnée d'une ligature de trompes.

Observation n° 18

Mme F. 28ans, porteuse d'une cardiopathie congénitale fait depuis l'âge de 7ans des crises d'oedème aigu du poumon. Sa première grossesse en 1949 donne naissance à sept mois à un enfant porteur

d'une anomalie cardiaque qui décède quinze jours après la naissance. L'année suivante se produit un avortement à deux mois et demi. En 1951 un nouvel accouchement à huit mois d'un enfant vivant suspect d'être porteur d'une cardiopathie congénitale. Un nouvel avortement à quatre mois survient l en 1954.

La même année cette cinquième grossesse entraine une décompensation de la cardiopathie maternelle ; on l'interrompt à cinq mois par voie basse. Une ligature des trompes est pratiquée un an plus tard.

Observation n°19

Mme D. 30ans, a une tétralogie de Fallot. Sixième geste elle a trois enfants vivants (les deux autres grossesses se sont interrompues l'une à deux mois l'autre à six mois et demi).

La sixième grossesse entraine une décompensation cardiaque avec cyanose et dyspnée d'effort. On l'interrompt à quatre mois par pose d'un ballon de Boissard puis ocytociques.

Observation n° 20

Mme F. 28ans, après une chorée à l'âge de huit ans constitue un rétrécissement mitral qui est découvert à l'âge de vingt ans.

Trois ans plus tard une première grossesse est menée à terme moyennant un repos complet tout au long de la gestation. Trois mois après l'accouchement la malade fait une rechute de sa chorée.

Une seconde grossesse, trois ans plus tard, se complique d'un oedème aigu du poumon lors de l'anesthésie générale faite pour la pose de forceps. Une hémiplégie gauche se constitue trois mois après l'accouchement.

En 1958 on pratique une commissurotomie dont les suites opératoires sont longues.

On manque de précisions sur les modalités d'indication et de réalisation de l'avortement thérapeutique pratiqué lors de cette troisième grossesse en 1960.

Observation n° 21

Mme B. 24ans, porteuse d'une cardiopathie mitro-aortique mène à terme en 1957 une première grossesse alors que deux ans plus tôt elle avait constitué une hémiplégie droite.

En 1960 elle refait une poussée de rhumatisme articulaire aigu. La seconde grossesse, qui débute un an plus tard, est interrompue, sur avis des cardiologues, à deux mois et demi par une hystérotomie; on complète d'intervention par une ligature et résection des trompes.

Observation n° 22

Mme B. 38ans, a eut à l'âge de 16ans un rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque. Des rechutes se produisent avec péricardite alors qu'entre temps deux grossesses avaient été menées à bien (à 21 et à 22ans).

Trois ans après une troisième grossesse se complique de crises de tachyarythmie avec dyspnée et oedemes. La quatrième grossesse, qui survient en 1961, provoque de nombreuses crises de tachyarythmie et, bien qu'il n'y ait pas de signe majeur de décompensation cardiaque, on décide de l'interrompre par voie basse.

Observation n° 23

Mme C. 20ans est porteuse d'une cardiopathie congénitale découverte à l'âge de 5ans lors d'épisodes infectieux à répétition. Cette atteinte entraînait une cyanose et une dyspnée mais aucune thérapeutique n'avait été instituée.

Une première grossesse est interrompue en 1961 à deux mois et demi par la prise d'abortifs per os (?).

Après cet épisode lors d'un séjour en Grande-Bretagne, un bilan cardio-vasculaire complet (avec cathétérisme cardiaque) diagnostique un syndrome d'Eisenmerger.

Une nouvelle grossesse débute en 1962, s'accompagnant rapidement de cyanose, d'essoufflement, de vertiges et d'angoisses. On l'interrompt à huit semaines par un curetage après dilatation du

col par des lamineaires puis des bougies de Hegar.

Une contraception par oestro-progestatifs est instituée ensuite.

Observation n°24

Mme S. 39ans, après un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 15ans a constitué un rétrécissement mitral qui n'a été découvert qu'après sa troisième grossesse.

En 1970, une quatrième grossesse, mal tolérée du point de vue cardio-vasculaire nécessite une commissurotomie. Malgré l'amélioration clinique, cette grossesse, sur la demande des cardiologues, est interrompue à dix huit semaines par curetage après dilatation du col par les lamineaires et échec de l'aspiration.

Observation n°25

Mme D. 25ans a en 1969, lors de sa première grossesse, fait une petite hypertension artérielle avec albuminurie. Une dystocie mécanique au cours du travail a nécessité la pose de forceps sous anesthésie générale. Deux heures après l'accouchement se constitue un syndrome d'ischémie myocardique (clinique et électrique) s'accompagnant d'un souffle systolique intense; tout cède rapidement et aucune contraception n'est instituée.

Alors que débute sa seconde grossesse un bilan cardio-vasculaire complet diagnostique l'existence d'une cardiomyopathie obstructive. On décide d'interrompre cette grossesse du fait des risques maternels qu'elle comporte, en raison du premier accident et également du fait du risque de transmission héréditaire de l'affection (cela se verrait dans 20% des cas).

On pratique une hystérotomie à 15 semaines et on complète l'intervention par une ligature des trompes.

III - Affections pleuro-pulmonaires

Observation n°26

Mme D. 42 ans, troisième pare, a subi une pneumonectomie droite en 1949.

En 1952, lors de sa troisième grossesse, on l'interrompt par hystérectomie vaginale avec conservation des annexes.

Observation n° 27

Mme B. 29ans est atteinte de tuberculose pulmonaire découverte en Février 1950 par des images radiologiques sus claviculaires gauches. Des bacilloscopies pratiquées successivement en 1950 et en 1953 sont positives.

Dans un but thérapeutique une thoracoplastie de six côtes à été pratiquée.

Sur la demande des pneumologues on interrompt cette seconde grossesse à trois mois par curetage après dilatation du col par les laminaires.

Observation n°28

En 1949 on découvre chez Mme C. deux cavernes sus claviculaires gauches d'origine tuberculeuse qui rapidement entraînent comme complications d'abord un pneumothorax puis une pleurésie purulente. On intervient alors et on réalise une thoracoplastie de huit côtes.

Après cela, en 1953, une première grossesse évolue normalement. Quatre ans plus tard une nouvelle poussée évolutive survient avec sur les clichés une infiltration nodulaire à droite. On entreprend un traitement associant INH - et PAS.

En 1957, alors que la malade est âgée de 27ans, débute une seconde grossesse qui rapidement s'accompagne d'un état d'insuffisance respiratoire. On l'interrompt donc à deux mois par hystérotomie. Dans un même temps on procède à une ligature résection des trompes.

Observation n°29

Mme M. 35 ans, a, à la suite d'une fracture à l'âge de quatre ans et demi, constitué une gibbosité importante qui s'accompagne d'une insuffisance respiratoire.

Une première grossesse a été très mal supportée, se compliquant d'une dyspnée très importante et d'une péri-phlébite. Une seconde grossesse débute en 1955 au cours de laquelle on réalise au terme de un mois et demi un avortement thérapeutique. Par manque ou par échec de contraception une nouvelle grossesse débute en 1957; outre l'insuffisance respiratoire, une décompensation cardio-vasculaire apparaît alors qui impose une seconde interruption thérapeutique de la grossesse. On réalise celle-ci par voie haute en complétant l'intervention par une section ligature des trompes (lin n°1).

Malheureusement celle-ci est un échec et en 1959 débute une quatrième grossesse que l'on interrompt à deux mois et demi par voie basse.

Observation n°30

Mme J. 34 ans a, après trois grossesses normales, fait une tuberculose évolutive du poumon gauche avec pleurésie (alors qu'elle avait déjà des lésions anciennes au niveau du poumon droit). Cet épisode nécessite la réalisation d'une pneumonectomie gauche avec thoracoplastie en 1960.

Un an plus tard débute la quatrième grossesse qui s'accompagne précocément d'une dyspnée importante. Sur la demande du pneumologue on interrompt cette grossesse à deux mois par hystérotomie; l'intervention est complétée par une ligature des trompes.

Observation n°31

Mme D. après cinq grossesses normales de 1952 à 1958 subit en 1960 une pneumonectomie gauche suivie d'une thoracoplastie pour tuberculose destructive grave. Malgré cela persiste une tuberculose évolutive droite avec bacilloscopie positive.

En 1962 débute la sixième grossesse que l'on interrompt à dix neuf semaines par hystérotomie; l'opération est complétée par une ligature des trompes.

IV - Affections malignes

Observation n° 32

Mme L. 20ans a été traitée pendant quatre mois par radiothérapie pour une maladie de Hodgkin découverte il y a dix huit mois.

Un an après débute cette première grossesse au cours de laquelle apparait un ganglion sus claviculaire droit. A la demande des hématologues on interrompt cette grossesse à deux mois et quart par curetage après dilatation du col par les lamineaires et les bougies.

Observation n° 33

Mme C; 29ans est traitée depuis quatre ans pour une maladie de Hodgkin qui a été diagnostiquée neuf mois après une première grossesse.

Enceinte à nouveau, on interrompt cette grossesse à deux mois et demi par curetage.

Observation n° 34

Depuis treize ans Mme C., 23 ans, a une maladie de Hodgkin qui a été traitée par radiothérapie.

En avril 1958 un premier avortement thérapeutique a été réalisé par voie basse.

En Décembre 1958 on interrompt une seconde grossesse de deux mois et demi. On intervient alors par voie haute en complétant l'intervention par une ligature resection des trompes.

Observation n° 35

Mme C. 27ans, deuxième pare, est traitée depuis trois ans pour une maladie de Hodgkin par cortancyl, chloraminophène et cobaltothérapie.

Au cours de cette seconde grossesse on perçoit un ganglion sus claviculaire droit et un sous maxillaire gauche et de plus, la rate est palpable. On interrompt cette grossesse au terme de deux mois et demi par hystérotomie complétée par une section ligature des trompes.

Observation n° 36

Chez Mme M. 32ans on découvre au cours de sa première grossesse une adénopathie grâce à laquelle on fait le diagnostic de maladie de Hodgkin.

On interrompt cette grossesse a seize semaines par voie basse afin d'une part, de pouvoir pratiquer un bilan complet (avec notamment des lymphographies) pré-thérapeutique et, d'autre part, de pouvoir ensuite débiter sans retard un traitement associant radiothérapie et antimétaboliques.

Afin d'éviter une nouvelle grossesse un traitement contraceptif par oestro-progestatif est institué.

Observation n° 37

Mme F. 24ans, deuxième pare, est traitée depuis plusieurs mois pour une leucose par transfusions et dibromomanitol lorsque débute sa seconde grossesse.

On procède après dix semaines de retard de règles à un curetage après dilatation du col. Les débris rapportés sont examinés par l'anatomo-pathologiste qui ne retrouve aucune villosité placentaire mais seulement une caduque très oedématisée.

Il semble donc que cette interruption faite surtout du fait du risque d'embryopathie a évacué un oeuf déjà mort.

Observation n° 38

Mme M. 30ans troisième geste a été opérée deux ans plus tôt pour un cancer du sein gauche; dans les suites opératoires on a pratiqué une radiothérapie.

Au début de sa troisième grossesse apparait une récurrence

locale. On interrompt cette grossesse à trois mois et l'on complète l'intervention par une castration.

Observation n°39

On a découvert au début de sa huitième grossesse chez Mme A. 41 ans un épithélioma infiltrant du sein gauche avec envahissement ganglionnaire axillaire. On interrompt cette grossesse à quatre mois par hystérectomie totale avec castration.

Observation n°40

Mme A. est traitée depuis trois ans pour réticulosarcome de la hanche: d'abord opérée elle a ensuite été traitée médicalement on interrompt cette deuxième grossesse par voie basse.

Observation n°41

Mme B. 32ans a depuis son enfance une tuméfaction cervicale postérieure droite qui n'avait jamais été explorée. Après une grossesse normale en 1961, au début de 1966 la tuméfaction augmente de volume et apparaissent dès algies cervico-brachiales droites, des pertes de connaissance et des douleurs thoraciques. Un bilan complet en Octobre conclue à un schwannome dégénéré malin compliqué de compression médullaire et de compression du plexus brachial, avec de plus des métastases pulmonaires.

Entre temps une seconde grossesse avait débutée mi-juillet. On décide de l'interrompre, d'une part parce que le pronostic maternel est très mauvais, d'autre part parce qu'une radiothérapie doit être instituée, la tumeur n'étant plus chirurgicalement extirpable.

On réalise un avortement thérapeutique par voie basse à dix huit semaines.

Observation n°42

On découvre chez Mme L. 25ans un lymphosarcome en 1966 et pour le traiter on débute en Mars 1967 une radiothérapie alors qu'une grossesse s'installe (DR le 15-2-67).

On interrompt cette grossesse à six semaines par curetage.

Des débris rapportés seul le placenta pourra être correctement examiné par l'anatomo-pathologiste : il n'y trouvera aucune anomalie.

La contraception est ensuite assurée par la pose d'un stérilet puis ensuite par la castration radiothérapique.

Observation n° 43

Mme A. 41ans a subi en 1968 une pneumonectomie gauche pour un adénocarcinome pulmonaire; une chimiothérapie a ensuite été instituée.

Deux ans plus tard survient une grossesse alors que la chimiothérapie est toujours en cours. On interrompt cette grossesse à onze semaines par vacuum-aspiration après dilatation du col par des lamineaires. On tente de cultiver les fragments ovulaires pour rechercher une éventuelle anomalie chromosomique mais, malheureusement, la culture est un échec.

Afin d'éviter une nouvelle grossesse on pose un stérilet qui est mal supporté. On institue alors une contraception hormonale tout en envisageant une ligature des trompes dans un temps ultérieur.

Observation n° 44

Mme T. 21ans est traitée depuis un an par de l'hydroxyurée pour une thrombocytémie primitive découverte à l'occasion d'un purpura pharyngé hémorragique. La numération des plaquettes se maintient à 2.200.000 par mm³ lorsque débute cette grossesse.

On l'interrompt à neuf semaines par curetage.

Afin d'éviter une nouvelle grossesse on met en place un stérilet.

V - Affections "foetales"

Observation N° 45

Mme F. 30ans a une cataracte bilatérale héréditaire qui se transmet selon le mode dominant. Le procréateur de ses enfants est atteint d'une cataracte totale mais d'un type anatomique différent.

Une première grossesse en 1950 donne naissance à un enfant porteur d'une cataracte congénitale. En 1952 une seconde grossesse donne naissance à un enfant également atteint.

En 1956 survient une troisième grossesse que l'on interrompt par voie basse. On assure la contraception par une ligature des trompes.

Observation n°46

Mme D. 30 ans troisième geste, fait une rubéole alors qu'elle est enceinte de quatorze semaines.

On interrompt sa grossesse à trois mois deux tiers par pose de ballon de Boissard.

Observation n°47

Mme C. 39ans, troisième pare, a eut lors de ses deux premières grossesses deux enfants (dont l'un est décédé) atteints de malformations des mains et des pieds. Cette malformation est héréditaire, transmissible sur le mode dominant, chaque enfant ayant un risque sur deux d'être porteur de l'anomalie.

Sa troisième grossesse est interrompue à deux mois et demi, d'une part du fait du risque d'atteinte foetale, d'autre part à la demande des psychiatres du fait d'un risque de suicide.

On procède par hystérotomie et l'on complète l'intervention par une ligature resection des trompes. Le foetus extrait était cliniquement normal.

Observation n°48

Mme B. 28ans est atteinte d'ostéopétrose (maladie de Albers-Schönberg). Cette maladie héréditaire qui se transmet sur

le mode dominant, est retrouvé chez son père, chez deux tantes, et chez deux de ses sept frères et soeurs.

On interrompt cette première grossesse à deux mois par voie haute : hystérotomie suivie de ligature résection des trompes.

Observation n° 49

Mme P. 41ans, cinquième pare, a eut lors de ses précédentes grossesses trois enfants normaux et un atteint de mucoviscidose. après cette quatrième grossesse un stérilet avait été posé que l'on a retiré car mal supporté. Deux mois après débute une cinquième grossesse que l'on décide d'interrompre en raison des risques d'atteinte foetale d'une part. et également en raison de la responsabilité médicale dans l'échec de sa contraception (rien n'a été prévu dans les deux mois qui ont suivi l'ablation du stérilet).

On évacue l'utérus par vacuum-aspiration et l'on complète l'intervention par une stérilisation tubaire per coelioscopique.

Observation n° 50

Mme S. 40ans, septième pare, a trois de ses enfants qui sont morts dans un tableau de cirrhose. C'est en 1967, au cours de la maladie de sa fille de sept ans (la troisième atteinte) que le diagnostic de thyrosinose congénitale, maladie héréditaire à transmission autosomique récessive, a été évoquée. L'évolution dramatique de cette affection (cirrhose avec hypertension porto-cave qui a nécessité une anastomose porto-cave dont les suites ont été fatales du fait d'une thrombose généralisée du système porto-cave) a beaucoup atteint la famille et surtout Mme S. qui a du être traitée pour des troubles psychiatriques à la suite de cela.

Afin d'éviter une nouvelle grossesse une contraception hormonale avait été prescrite mais, mal exécutée, une huitième grossesse débute. On l'interrompt à vingt semaines en raison du risque d'atteinte foetale mais aussi en raison du risque grave de dépression chez la mère.

Après échec de deux tentatives d'évacuation par voie basse avec perfusion d'oxytociques, on réalise une hystérotomie par voie

haute que l'on complète par une ligature des trompes.

Observation n° 51

Mme A. 31ans a eut trois grossesses qui se sont déroulées normalement en 1966 - 1967 et 1968. Deux de ses enfants de façon certaine et le troisième probablement aussi (l'exploration est en cours) sont atteints d'ataxie-télangectasique, affection héréditaire à transmission autosomique récessive, dont l'évolution est toujours fatale et qui associe des signes neurologiques (débilité, ataxie et signes extra-pyramidaux) et un déficit immunitaire cause d'infections à répétition.

La quatrième grossesse est interrompue à deux mois et demi d'une part du fait d'urisque d'atteinte foetale (une chance sur quatre d'être atteint mais déjà trois sur trois ont été atteints) et d'autre part de conditions sociales très défavorables.

Après dilatation du col aux bougies on procède à un curetage. On complète l'intervention par une stérilisation tubaire par voie coelioscopique.

VI - Causes neuro-psychiatriques

Observation n° 52

Mme D. 23ans est porteuse de malformations vasculaires cérébrales, des angiomes, qui risquent d'entraîner de graves complications en cas de grossesse.

Sur avis des neurologues on interrompt sa première grossesse par curetage. On assurera la contraception par une ligature des trompes réalisée par voie basse.

Observation n° 53

Mme I. 44ans est atteinte de sclérose en plaques. Cette maladie a débuté huit ans plus tôt, juste après sa seconde grossesse.

Alors que débute sa troisième grossesse apparaissent une paraplégie spasmodique et d'importants troubles de l'équilibre.

On décide d'interrompre cette grossesse par voie basse : dilataion suivie de curetage.

Observation n° 54

Mme M. 30ans, septième geste, est atteinte de sclérose en plaques. A chaque grossesse elle a une poussée évolutive grave.

A la demande des neurologues on interrompt cette septième grossesse à deux mois par hystérotomie; on complète l'intervention par une ligature resention des trompes.

Observation n° 55

Mme B. 38ans a déjà eut deux grossesses. Son premier enfant est décédé à quatre mois après des troubles broncho-pulmonaires importants (le diagnotic de mucoviscidose probable a été porté rétrospectivement) et le second âgé de trois ans, est atteint de mucoviscidose. Après sa seconde grossesse s'est installé un syndrome aménorrhée-galactorrhée au cours de l'exploration duquel on découvre un adénome chromophile de l'hypophyse.

Sa troisième grossesse qui avait débutée au décours d'un traitement par le Clomid (employé ici du fait de son action anti-oestrogène) est évacuée à neuf semaines en raison du risque d'atteinte foetale mais surtout en raison du risque de poussée évolutive de l'adénome sous l'action de l'inondation oestrogénique entraînée par la grossesse.

Après dilatation à la bougie on procède à un curetage. On complète d'intervention par une stérilisation tubaire per coelioscopique. L'examen anatomo-pathologique des débris rapportés montre que, très probablement, la grossesse s'était déjà spontanément interrompue.

Observation n° 56

Mme L. 22ans est traitée pour schizophrénie de type hébéphrénique s'étant accompagnée de tentatives de suicides.

Mariée, le couple emploi avec succès pendant deux ans et demi le retrait comme méthode contraceptive. Pour plus de sécurité

on pose un stérilet chez cette malade et, malheureusement, une grossesse débute, le stérilet étant toujours en place. Malgré l'ablation du stérilet la grossesse se poursuit.

On interrompt cette grossesse par curetage aspiratif.

La contraception est ensuite assurée par la pose d'un nouveau stérilet et, dans un second temps, en raison du premier échec et de la difficulté de surveiller la malade, on procède à une stérilisation tubaire selon la méthode de Magdelener.

VII - Autres affections

Observation n° 57

Mme M. 36ans, a eut au quatrième mois, lors de sa première grossesse un décollement de la rétine gauche opéré avec succès. L'année suivante elle est opérée pour une menace de décollement de la rétine droite. Au début de l'année suivante débute cette seconde grossesse qui s'accompagne dès son début de troubles oculaires qui s'accroissent progressivement avec, finalement, un début de cataracte droite. On décide d'interrompre la grossesse à quatre mois par une petite césarienne que l'on complète par une ligature résection des trompes.

Observation n° 58

Mme L. 33ans, diabétique, a eut cinq grossesses et n'a aucun enfant vivant. En effet, en 1950 elle a fait deux fausses couches spontanées à cinq mois et à deux mois et demi. Trois ans plus tard elle mène à terme une grossesse mais donne naissance à un mort-né macéré de 4.950g. L'année suivante une scésarienne faite à huit mois donne le jour à un fœtus de 6.470g mort-né macéré. En 1957 une césarienne faite à trente trois semaines donne naissance à un enfant qui meurt à la quinzième heure.

Deux ans plus tard débute cette sixième grossesse alors que le diabète est équilibré par 40 unités IPZ et 20 unités IO. On

décide de l'interrompre à trois mois par césarienne. On procède dans un même temps à une ligature résection des trompes.

Observation n°59

Mme C. 27ans, quatrième pare, a fait, lors de ses trois premiers accouchements trois hémorragies de la délivrance de gravité croissante (les deux dernières ont nécessitées d'importantes transfusions). Les explorations biologiques faites en dehors de la grossesse n'ont retrouvées aucune anomalie de la coagulation. Malgré cela, étant donné que ces hémorragies sont plus en plus graves, on décide d'interrompre sa quatrième grossesse. On procède par curetage après dilation du col.

Pour éviter une nouvelle grossesse on institue ensuite une contraception hormonale par la chlormadinone.

C H A P I T R E II

A N A L Y S E D E N O S O B S E R V A T I O N S

I - Nombre :

En vingt ans, de 1951 au premier trimestre 1971, 59 avortements thérapeutiques ont été réalisés dans le service. Leur répartition par année est la suivante :

Années:	51:	52:	53:	54:	55:	56:	57:	58:	59:	60:	61:	62:	63:	64:	65:	66:	67:	68:	69:	70:	71:
	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Nbre	:3:	1	:1	:2	:4	:4	:3	:3	:2	:6	:4	:1	:1	:1	:1	:2	:1	:3	:9	:3	:

Une première remarque que l'on peut faire est que ce nombre est très peu important, compte-tenu de l'activité gynécologique et obstétricale du service qui était d'importance normale : ces observations ont été relevées de 1951 à 1961 à la maternité Pinard et de 1962 à 1971 à la maternité de l'hôpital Tenon.

Ce chiffre devrait, d'autre part, être supérieur à celui d'autres services : en effet, le chef de service étant à la fois gynécologue accoucheur et expert auprès des tribunaux, on peut penser que de plus nombreux cas lui furent adressés car, d'après la loi, le protocole écrit de demande d'avortement doit être consigné par 3 médecins (dont un gynécologue accoucheur) et l'un de ceux-ci doit-être expert auprès des tribunaux.

Enfin on peut remarquer qu'en vingt ans, compte-tenu des variations annuelles possibles le nombre de ces avortements thérapeutiques n'a pas pratiquement changé : 33 de 1951 à 1961 et 26 de 1962 au premier trimestre 1971.

II - Indications :

<u>Etiologie</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Pourcentage</u>
Vasculo-rénale	14	23,7
Cardiologie	11	18,6
Broncho- pulmonaire	6	10,1
Carcinologique	13	22
Foetale	7	11,8
Diverses	8	13,6

De ce premier tableau, il ressort que les causes les plus plus fréquentes de demande d'avortement thérapeutique sont les affections vasculo-rénales. Ensuite viennent les causes carcinologiques; dans ces observations, très souvent l'indication est motivée plus par le risque d'atteinte foetale iatrogène, que par le risque maternel du fait d'une poussée évolutive déclenchée par la grossesse. Les étiologies cardio-vasculaires, autrefois les plus importantes, ne sont actuellement qu'en troisième position. Ensuite viennent, pratiquement à égalité, les causes broncho-pulmonaires et les causes foetales. En dernier viennent les causes rares, neurologiques, endocrinologiques, ophtalmologiques et obstétricales.

Nous allons maintenant étudier de façon plus détaillée et séparément, chaque grandes causes de demandes d'avortement thérapeutique telles qu'elles se présentent dans nos observations :

a) Syndrome vasculo-rénaux :

Sur les 14 interruptions de grossesse effectuées pour cette cause, 10 l'ont été entre 1962 et 1971 : ainsi, loin de diminuer, les affections vasculo-rénales semblent augmenter ou tout au moins se maintenir. En effet, à partir de 1962, le service se trouvait à l'Hôpital Tenon à proximité d'un service de réanimation rénale qui, très probablement, nous adressait préférentiellement ses problèmes, ce qui a faussé la statistique

Les différents syndromes ont été les suivants :

Syndromes	Nombre de cas	Année de réalisation de l'A.T
H.T.A.	3	1954-55-56-62-63-68-70
Insuffisance rénale	4	1962 - 67 - 69 - 71
Syndrome néphrotique	1	1970
Tuberculose rénale	1	1970

b) Affections cardio-vasculaires :

Sur les 11 interruptions, 8 ont été réalisées dans la période allant de 1951 à 1961. La diminution importante de nombre des demandes de 62 à 71 est due au fait qu'actuellement grossesse et cardiopathie peuvent de plus en plus souvent être associées sans gros risques, du fait des progrès thérapeutiques réalisés ces dernières années. Sur 3 avortements réalisés de 192 à 1971, un a été demandé essentiellement parce que l'on ne connaissait pas le retentissement de la grossesse sur cette affection de connaissance assez récente, la cardiomyopathie obstructive, et un autre pour un rétrécissement mitral serré que l'on avait commissurotomisé avec un certain succès au cours de cette même grossesse, et qui, a proprement parlé, ne menaçait plus directement la vie même de la mère.

La répartition des observations est la suivante :

Syndromes	Nombre de cas	Année de réalisation
R.M.	4	1951-51-60-70
Polyvalvulites	2	1961-61
Cardio. congénitales	4	1951-54-57-67
C.M.O.	1	1971

c) Affections broncho-pulmonaires :

Sur les six cas, cinq furent réalisés durant la période allant de 1951 à 1961. Les avortements thérapeutiques pour ces affections deviennent donc exceptionnels, la tuberculose n'entraînant plus les dégâts

considérables qu'elle causait par le passé, tant par son action propre que par la chirurgie mutilatrice qu'elle demandait.

Syndromes	Nombre de cas	Années
Pneumonectomies	2	1952-62
Thoracoplasties	3	1954-57-61
Gibbosité	1	1957

d) Affections malignes :

La fréquence ne semble pas avoir varié en vingt ans, 7 cas de 1951 à 1961 et 6 cas depuis. Les différents auteurs n'étant pas toujours d'accord de l'influence propre de la grossesse sur l'évolutivité tumorale, c'est pratiquement toujours pour permettre une chimio et une radiothérapie que l'on a décidé d'interrompre la grossesse : l'indication semble donc plus "foetale" que maternelle.

La répartition des cas était la suivante :

Affection	Nombre	Année
Hodgkin	5	1956-57-58-59-69
Hémopathies	2	1964 - 1970
Cancer du sein	2	1956 - 61
Autres tumeurs solides	4	1960-66-67-70

e) Affections foetales :

La répartition de ces observations n'a pas variée en 20 ans : 4 de 1951 à 61 et 3 depuis. En effet, les récents progrès dans le dépistage d'une éventuelle atteinte foetale s'ils pourront peut-être à l'avenir augmenter le nombre d'interruption de grossesse, ne sont, actuellement pratiquement pas encore utilisables.

La répartition est la suivante :

Affection acquise	1	1958
Affection héréditaire	6	1956-61-61-70-70-70 1971

f) Affections neuro-psychiatriques:

Ces affections sont très peu mentionnées. Notamment il faut noter qu'une seule indication est de nature psychiatrique, alors que dans certains pays, les grandes causes d'avortements thérapeutiques sont les affections psychiatriques.

Affection	Nombre	Année
Scoliose en plaques	2	1958- 59
Tumeur de l'hypophyse	1	1970
Malformation vasculaire	1	1954
Schizophrénie	1	1969

g) Autres affections :

Décollement de la rétine	1953
Diabète	1959
Hémorragie de la délivrance	1965

III - Techniques:

Technique	1951-1961	1962-1971	Total	Pourcentage
Hystérotomie Voie haute	15	6	21	35,5
Hystérotomie voie basse	2	-	2	3,3
Curetage	13	14	27	45,7
Aspiration	-	6	6	10,1
Hystérectomie	2	-	2	3,3
Pas de précisions	1			1,6

De ce tableau on peut tirer quelques remarques. Tout d'abord le nombre des hystérotomies diminue de façon importante. Dans la majorité des cas cette technique n'était pas employée par nécessité, la voie basse étant rejetée uniquement parce que la stérilisation associée devait être pratiquée. Actuellement, dans le service, nous employons depuis quelques temps une technique de stérilisation tubaire par coelioscopique qui consiste en la coagulation, accompagnée ou non de résection des deux trompes. Le nombre des hystérotomies devrait donc pratiquement disparaître, se limitant aux grossesses très avancées.

La seconde remarque est que le nombre des curetages qui est actuellement à peu près constant (13 de 1951 à 1961 et 14 depuis.) devrait aller en diminuant du fait de l'extension de l'aspiration qui n'est employée dans le service que depuis moins de deux ans mais qui semble devoir remplacer le curetage dans de nombreux cas.

IV - Contraception

a) Après l'avortement

Contraception	Nombre	Pourcentage
Pas de renseignements	16	27
Stérilisation	30	51
Stérilet	7	12
Oestro-progestatifs	4	6,6
Autres	1	1,6
Non nécessaire	1	1,6

b) Avant l'avortement :

Contraception	Nombre	Pourcentage
Pas de renseignements	32	55,1
Non faite	11	18,6
Echec	8	13,6
Non nécessaire	8	13,6

Par ces chiffres on voit que la majorité des avortements aurait pu être évitée par une contraception efficace instituée beaucoup plus tôt. En effet, dans toutes nos observations, seulement huit cas (soit 13,6%) étaient inévitables : l'affection causale ayant été découverte

au cours de la grossesse. Dans les 51 autres observations le problème était connu et si une grossesse a pu débiter c'est que la contraception n'avait pas ou avait été mal faite.

CONCLUSIONS

Dans ce travail, fait à propos des avortements thérapeutiques réalisés dans un service parisien ces vingt dernières années, après avoir envisagé des problèmes extra-médicaux, nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux indications actuelles et à la réalisation technique de ces interruptions de grossesse. De cette étude ressortent quelques éléments qu'il nous faut souligner.

En ce qui concerne les indications pratiques d'avortement thérapeutique, le premier fait qui est à remarquer est leur extrême petit nombre (avec cependant une réserve pour les dernières années où manifestement les indications s'élargissent) : 59 observations en 20 ans, soit une moyenne d'environ 3 par an, dans un service d'activité gynécologique et obstétricale normale. Ce chiffre est d'autant plus remarquable qu'il aurait dû être encore plus réduit si la loi avait été respectée à la lettre : dans un grand nombre de nos observations la vie même de la mère n'était pas menacée par la grossesse. De nombreuses interruptions ont été en effet pratiquées afin d'éviter une poussée évolutive de la maladie ou la survenue de graves séquelles, ce qui nous a paru légitime, mais ce qui juridiquement parlant était illégal. En outre, on peut remarquer que dans quelques observations, la motivation principale de l'interruption a été un risque d'embryo ou de foetopathie parfois du à une tare héréditairement transmissible, parfois lié à une affection survenue au cours cours de la grossesse et souvent lié à l'action tératogène de certaines thérapeutiques, notamment dans le domaine carcinologique.

L'avortement thérapeutique, tel que le définit actuellement la loi française, est donc devenu exceptionnel, la grossesse ne mettant pratiquement plus en danger la vie et bien souvent même la santé des malades. Ses indications, à notre avis, doivent encore aller en dimi-

nuant du fait des progrès de la science. Même les causes "foetales" (qui ne sont pas reconnues par la loi) malgré le peu de ressources thérapeutiques que l'on a contre elles pour l'instant, devraient également diminuer du fait d'une extension et d'une amélioration de la contraception médicale. Il faut également remarquer le petit nombre relatif d'atteinte embryonnaire réelles qui justifieraient un avortement. Le jour donc où un diagnostic de certitude pourra être porté pour une malformation foetoembryonnaire, le nombre d'avortements diminuera, puisqu'actuellement dans la majorité des cas, bien des avortements sont décidés dans le seul doute d'une anomalie.

Le second point que nous pouvons faire ressortir de nos observations est que seuls 14 % (8 cas sur 59) des avortements étaient inévitables, une contraception n'ayant pas été instituée avant, l'affection les ayant motivés n'étant pas connue avant la grossesse. Dans toutes les autres observations, les femmes étaient suivies médicalement et porteuses connues de leur affection. Leurs médecins, qui connaissaient l'effet nuisible d'une grossesse chez elles, n'ont pourtant rien prescrit d'efficace pour qu'elles ne deviennent pas enceintes. Ce n'est qu'après la survenue de la grossesse qu'ils nous les adressées alors qu'une contraception efficace, adaptée à chaque cas, aurait pu être instituée plus tôt évitant ainsi le dramatique problème de l'interruption de la grossesse avec les risques qu'elle comporte, non pas tant physiques que psychiques.

En effet, en ce qui concerne leur réalisation pratique, les interruptions de grossesse sont actuellement, du fait des améliorations techniques, faciles à pratiquer et habituellement sans grands dangers. Les hystérotomies par voie abdominale deviennent rares et l'interruption par vacuum aspiration qui commence à être généralisée est dans la majorité des cas très efficace, peu traumatisante, pouvant à la limite être employée chez des femmes prémédiquées mais non anesthésiées. De plus, de nombreuses expérimentations en cours laissent envisager, dans un avenir peu éloigné, des méthodes médicales encore plus aisées et plus sûres.

En conclusion, nous pouvons donc penser que l'avortement thérapeutique au sens légal du mot, devrait dans des délais assez

courts pratiquement complètement disparaître du fait de progrès de la médecine et de la contraception médicale. Par contre, ce nombre d'avortements thérapeutiques pourrait augmenter si les différentes propositions visant à libéraliser la loi actuelle étaient adoptées par le Parlement. Et même, est-il utopique d'imaginer pour l'avenir ce que certains demandent et ce qui se fait déjà partiellement dans quelques : la libéralisation totale de l'avortement qui alors ne pourrait être qualifié de "thérapeutique" que si l'on considère, ainsi que le fait l'Organisation Mondiale de la Santé, que la santé est "un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" ?

Il est néanmoins loisible de penser que cette libéralisation de l'avortement, qui semble inéluctable avec l'évolution actuelle des mœurs des sociétés modernes, posera, outre les problèmes religieux, philosophiques et moraux que l'on imagine, de graves problèmes démographiques. Si l'on se réfère à l'expérience de certains pays où cela a déjà été réalisé, notamment la Roumanie, la natalité française qui est déjà très basse pourrait encore diminuer de façon considérable, et ceci d'autant plus que techniquement la réalisation des avortements va devenir de plus en plus simple. On peut, de fait, facilement imaginer qu'avec la mise au point de techniques actuellement à l'étude, l'avortement va devenir si facile à réaliser que l'intervention du médecin ne sera plus nécessaire, la femme se procurant elle-même l'avortement en s'administrant elle-même la médication nécessaire.

Vu , Le Doyen

Vu , Le Président de thèse

Vu et permis d'imprimer
: Le Recteur de l'Académie
de Paris
R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

ARAVANTINOS

Avortement thérapeutique

Bull. Féd. Gyn. Obst. Fr. 1965 17 n°5 bis 344-45

BONNEAU

Avortements thérapeutiques -Avortements légaux.

Thèse Paris 1961 n°1009

BORA

Evacuation thérapeutique de l'utérus dans des grossesses au-dela de 12 semaines.

Am.J.Obst.Gyn. 15 avril 1965 91 n°8 1148-49

CERNOCH

Autorisation d'interruption de grossesse en Tchécoslovaquie.

Gynécologia 1965 160 n°5 293-99

CHROSCIELEWSKI

Complications des avortements thérapeutiques en Pologne.

Med.Leg. T3 n°1 Janv.Fev.Mar. 1970 16

COHEN

Avortement thérapeutique.

Med.J.Aust. 17 aout 1963 2 336-7

DEAGE

35 observations d'avortements thérapeutiques.

Thèse Lyon 1966 in Lyon Med. 23 av.1967 99 n°17 1291-92

DIGGORY

Deux ans après la loi sur l'avortement.

New Scientist 5 nov. 1970 261

EATON

Aspiration pour l'évacuation de l'utérus gravide.

J.A.M.A. 10 mar. 1969 207 n°10 1387-89

EMBREY

Prostaglandines.

Brit.Med.J. 2 mai 1970 2 256-60

GENNSER KULLANDER LUNDGREN

Avortements thérapeutiques induits par injection de sérum salé hyper.
J.Obst.Gyn.Brit.Commonw. oct. 1968 75 n°10 1058-62

GOODLIN

Avortement thérapeutique par solution saline hypertonique intra-amniot.
Obst. and Gyn. juill. 1969 34 n°1 1-6

HELLER WHITTINGTON

Expérience de l'hôpital du Colorado après modification de la loi sur l'avortement thérapeutique.
Am.J.Psychiat. dec. 1968 125 n°6 809-816

HERVET

A la recherche de la vérité sur l'avortement.
Gyn. et Obst. mai 1970 69 n°3 287

HERVET CHEYNIER

Avortement thérapeutique
E.M.C. Obst. fasc. 5106 A 10 4-1963

HIMBERT

Cardiopathies et grossesse
E.M.C. fasc. 5044 A 10

INGRAM

Evolution des lois sur l'avortement.
Am.J.Obst.Gyn. 1 sept. 1969 105 n°1 35

JOHN MARTIN BOTHAMLEY

Hémorragie foeto-maternelle au moment de l'avortement thérapeutique.
J.Obst.Gyn.Brit.Commonw. fev. 1970 77 n°2 137-8

JURAKOWSKI

Complications de l'avortement légal.
Proc.Roy.Soc.Med. aout 1969 62 n°8 830-1

KARIM

Prostaglandines.
J.Obst.Gyn.Brit.Commonw. mars 1970 77 200-10

KARIM

Avortement thérapeutique par injection de prostaglandines F 2α.
Lancet 24 janv. 1970 n°7639 157-9

KUCK

Avortements en Tchécoslovaquie

Proc. Roy. Soc. Med. août 1969 69 n°8 831

KUMAR RUSSELL

Perfusion d'ocytocine pour avortement thérapeutique.

Bull. Johns Hopkin's hosp. oct. 1961 109 n°4 141-7

KUMMER

Avortements thérapeutiques en Californie.

Obst. and Gyn. dec. 1969 34 n°6 883

KUMMER

Confusions sur les lois sur les avortements thérapeutiques.

J. M. A. 10 janv. 1966 195 n°2 96

LACHELIN BURGESS

Avortement thérapeutique avec la pafe Utus.

J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. nov. 1968 75 n°11 1173-75

MAGNIN GABRIEL EYRAUD

Nouvelle technique pour l'avortement thérapeutique: l'aspiration.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. nov. dec. 1967 19 n°5 471-73

MANABE

Avortement thérapeutique par instillation extra-ovulaire de Rivanol.

Am. J. Obst. Gyn. 15 janv. 1969 103 n°2 232-37

MANABE

Avortement thérapeutique à la moitié de la grossesse par stimulation mécanique de l'utérus.

Am. J. Obst. Gyn. 1 sept. 1969 105 n°1 132-46

Mc. COY

Réaction émotionnelle des femmes à l'avortement thérapeutique.

J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. oct. 1968 vol. 75 1055-57

Mc. EVAN

Loi sur l'avortement : point de vue du généraliste.

Practitioner mars 1970 204 n°1221 427

MILOSEVIC SKURINA BOJC

Hystérectomie antérieure comme méthode d'avortement thérapeutique.

Rapport du IIIème congrès mondial de gynécologie Vienne spt. 1961

Congressprint Romayor Edit. Vienne 1961 2.390

NISSON

Vacuum aspiration dans les avortements légaux.

Acta Obst.Gyn. Scand. 1967 46 n°4 501-14

PECK

Avortement thérapeutique : conséquences pour le médecin, le malade et la société.

Am.J.Psychiat. dec 1968 125 n°6 797-804

PFANNER

Avortements thérapeutiques à l'hôpital de Sidney.

Med.J.Austr. 21 juin 1969 1 1315-16

POTTC

Brit.Med.Bull. janv.1970 26 1 65-71

RAINER

Avortement thérapeutique par aspiration utérine.

Rev.Fran.Gyn.Obst. juill.aout 1968 n°7-8 373-77

SCHIFFER

Induction du travail par instillation intra-amniotique de solutions hypertoniques pour des avortements thérapeutiques et des morts in utero.

Obst.Gyn. mai 1969 33 729-36

SPIES QUADRI

Interruption de grossesse chez la lapine après traitement par sérum anti-hormone lutéinique de brebis.

Endocrinology juin 1967 80 n°6 1127-32

SPIVAK

Avortement thérapeutique

Am.J.Obst.Gyn. 1 fev. 1967 97 n°3 316-23

STALLWORTHY

Avortement thérapeutique

Practitioner mars 1970 204 n°1221 393-400

STEPTOE IMRAM

Méthode combinée d'interruption de grossesse par aspiration et stérilisation laparoscopique.

Brit.Med.J. 27 sept. 1969 3 n°5673 751-52

SZYMCZYKIEWICZ NOWAK

Comparaison des complications précoces après interruption de grossesse par vibrocoagulation cervicale et aspiration et les méthodes classiques

Polski Tygod.Lek. 1969 24 n°3 86-88

THURSTONE

Avortement thérapeutique

J.A.M.A. 14 juill. 1969 209 n°2 229-31

TIETZE

Avortement thérapeutique aux U.S.A

Am.J.Obst.Gyn. 15 juill. 1968 101 n°6 784-87

TIETZE LEHFELDT

Avortements légaux en Europe de l'Est

J.A.M.A. 1 avr. 1961 175 n°13 1149-54

VOIGT BRITT

Hémorragie foeto-maternelle dans l'avortement thérapeutique

Brit.Med.J. 15 nov. 1969 4 n°5680 395-96

VOITA

Avortement thérapeutique par vacuum aspiration

J.Obst.Gyn.Brit.Commonw. oct. 1967 75n°5 768-70

VOKAER

Contrôle de la natalité

Gyn.Obst. 1971 70 n°1 15-44

WALKER

Terminaison de la grossesse par l'emploi de la pâte Utus

Proc.roy.Soc.Med. aout 1969 62 N°8 832

WATTEVILLE

Interruption thérapeutique de la grossesse par instillation intra-amnio.
d'une solution salée hypertonique à 10%

Proc.Roy.Soc.Med. aout 1969 62 n°8 828-30

VLADOV

Interruption précoce de la grossesse par vacuum aspiration

Am.J.Obst.Gyn. 15 sept. 1967 99 n°2 202-07

Les conditions d'avortement sont rendues plus difficiles pour les étarangères dans le canton de Zurich.

Sem.Hop.Paris (suppl.) 26 juin 1967 n°31 17

Avortement légal. Projet de loi du Dr. Peyret.

Rev.Fran.Gyn.Obst. sept. 1970 65 n°9 532-34

Avortement thérapeutique

Brit.MED.J. 28 dec. 1968 4 n°5634 786-87

Avortement thérapeutique

Bull.Med.Leg.Toxicol.Med. spet. 1965 8 n°5 352-55

Avortement thérapeutique

Med.J.Austr. 17 fev. 1968 53 n°7 273-74

Abortion act en Grande-Bretagne : bilan de la première année

Med. et Hyg. 5 nov. 1969 27 n°891 1282

La loi sur l'avortement en pratique médicale

Brit.Mde.J. 15 fev. 1969 1 n°5641 436-37

Loi britannique sur l'avortement thérapeutique

J.A.M.A. 16 janv. 1967 199 n°3 199-200

Suède : législation sur l'avortement thérapeutique

Med. et Hyg. 25 mai 1966 24 n°735 545-46

Projet de loi sur l'avortement

Bull.Fed.Med.Sud-Ouest mars 1967 72 n°753 190-93

La science, la société et l'avortement.

Le Monde 5 dec. 1970 13

Interruption de grossesse : crime ou nécessité sociale?

Le Monde 18 nov. 1970 16 et 19 nov. 1970 24

Législation de l'avortement et fécondité en Europe de l'Est.

Sem.Med. 3 janv. 1971 16-19

